

# **Experiência dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica em Atendimento Pré-Hospitalar e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**

## **Experience of Health Professionals of Primary Care in Prehospital Care and Mobile Emergency Care Service**

### **Experiencia de los Profesionales de Salud de la Atención Básica en Atención Pré-Hospitalaria y Servicio de Atención Móvil de Urgencia**

Ana Paula de Souza<sup>\*</sup>, Marcos Antonio Campolino<sup>\*\*</sup>, Rafaela Vieira<sup>\*\*\*</sup>, Eliane Regina Pereira do Nascimento<sup>\*\*\*\*</sup>

**Resumo:** Nos três primeiros meses de 2008, a central de regulação do SAMU da Grande Florianópolis realizou 5.319 atendimentos de orientação médica. Dentre essas fontes de solicitação encontram-se os Centros de Saúde (CS). Esse fato suscitou a realização de um estudo qualitativo, cujo objetivo foi identificar a experiência dos profissionais de saúde, que atuam na atenção básica, sobre urgência e emergência em saúde, atendimento pré-hospitalar e SAMU. Participaram 37 profissionais de saúde que atuam nos CS selecionados. Utilizou-se para a coleta de dados um instrumento com perguntas descritivas, aplicado nos meses de agosto e setembro de 2008. Dos dados emergiram cinco categorias: conhecimento de situação de urgência e emergência; solicitação do atendimento do SAMU; situações que justificam chamar o SAMU; curso de aperfeiçoamento em atendimento pré-hospitalar e atendimento pré-hospitalar na formação. A análise dos dados nos leva a inferir que os chamados dos CS ao SAMU são realizados em situações em que há realmente necessidade de atendimento por esse serviço, seja por falta de um conhecimento maior dos profissionais do CS sobre suporte básico ou avançado de vida ou por falta de recursos materiais.

**Palavras-chave:** enfermagem, atendimento pré-hospitalar, centros de saúde, profissionais de saúde

**Abstract:** In the first three months of 2008, the great Florianópolis SAMU's central regulation has received 5.319 calls about medical orientation, including in those calls the health centers (CS). This fact prompted the realization of a qualitative study, whose goal was to identify the experience of health professionals, who work in primary care, about urgency and emergency health, prehospital care and SAMU. Participated in the study 37 health professionals who work in the selected CS. An instrument with descriptive questions was used, applied in august and september of 2008. From data emerged five categories: knowledge of urgency and emergency situation; request the assistance of SAMU; situations that warrant call to the SAMU; course for improvement in prehospital care and prehospital care training. The data analysis leads us to infer that the called from CS to the SAMU are

<sup>\*</sup>Acadêmica da 8ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; e-mail: anapaula265@yahoo.com.br

<sup>\*\*</sup>Acadêmico da 8ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; e-mail: marcosnfr@yahoo.com.br

<sup>\*\*\*</sup>Acadêmica da 8ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; e-mail: rafa.v@ig.com.br

<sup>\*\*\*\*</sup>Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; Doutora em Enfermagem; Membro do Grupo GATE/PEN/UFSC; e-mail: eliane@ccs.ufsc.br

conducted in situations where they really need the attendance, either for lack of a better knowledge of the CS professionals on the basic or advanced life support or for lack of material resources.

*Keywords:* nursing, prehospital care, health centers, health professionals

**Resumen:** En los tres primeros meses de 2008, la central de regulación del SAMU de La Grande Florianópolis realizó 5.139 atenciones de orientación médica. Entre esas fuentes de solicitud se encuentran los Centros de Salud (CS). Esa situación suscitó la realización de un estudio cualitativo, cuyo objetivo fue identificar la experiencia de los profesionales de salud, que actúan en la atención básica, sobre urgencia y emergencia en salud, atención pre-hospitalaria y SAMU. Participaron 37 profesionales de salud que actúan en los CS seleccionados. Se utilizó un instrumento con preguntas descriptivas, aplicado en los meses de agosto y setiembre de 2008. Los datos surgieron cinco categorías: conocimiento de la situación de urgencia y emergencia; solicitar la asistencia del SAMU; curso para la mejora de la atención pre-hospitalaria y hospitalaria pre-formación. El análisis de los datos nos lleva a deducir que los llamados de los CS al SAMU son realizados en situaciones en que hay realmente necesidad de atención por ese servicio, sea por falta de un conocimiento mayor de los profesionales de los CS sobre soporte básico o avanzando de vida o por falta de recursos materiales.

*Palabras claves:* enfermería, atención pre-hospitalario, centros de salud, profesionales de salud

## 1. Introdução

Os atendimentos no âmbito pré-hospitalar nos casos de urgência visam à redução do número de mortes em função do retardo terapêutico; redução do número de pacientes com seqüelas decorrentes de atendimento tardio, parcial e/ou inadequado; aumento da disponibilidade de recursos para o paciente; orientações para utilização de outros meios que não as emergências hospitalares; otimização do uso das ambulâncias hospitalares e ambulatoriais (básicas); disponibilização de equipe capacitada e UTIs móveis para o correto transporte de pacientes graves entre hospitais <sup>(1)</sup>.

O atendimento pré-hospitalar expandiu-se por todo o mundo a partir de duas modalidades de atendimento, o Suporte Básico de Vida (SBV), cuja característica principal é não realizar manobras invasivas e o Suporte Avançado de Vida (SAV), que possibilita procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório <sup>(2)</sup>.

A Política Nacional de Atenção às Urgências, em sua Portaria GM nº 1.863 de 29 de setembro de 2003, nos trás além do componente pré-hospitalar móvel de urgência, o componente pré-hospitalar fixo. O Atendimento pré-hospitalar Fixo deve ser realizado pelo nível de Atenção Básica de Saúde.

Dentre as justificativas e considerações para a instituição da Política Nacional de Atenção às Urgências, a Portaria GM nº 1.863 de 29 de setembro de 2003 cita que é responsabilidade do Ministério da Saúde:

Estimular a atenção integral às urgências por meio da implantação e implementação dos serviços de atenção básica e saúde da família, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências, pré-hospitalar móvel, portas hospitalares de atenção às urgências, serviços de atenção domiciliar e reabilitação integral no País <sup>(3)</sup>.

Em Santa Catarina, o SAMU foi implantado em 2005, baseado nas portarias nº 2.048 de novembro de 2002, 1.863 e 1.864 de setembro de 2003, através de parceria entre Secretaria do Estado da Saúde e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde de SC (COSEMS-SC), a partir de uma proposta do Ministério da Saúde para o Estado <sup>(4)</sup>.

Uma das principais finalidades do SAMU SC é, “realizar o atendimento médico pré-hospitalar de urgência, tanto em casos de traumas como em situações clínicas, prestando os cuidados médicos de urgência apropriados ao estado de saúde do cidadão” <sup>(1)</sup>.

A organização do SAMU acontece por sistema de centrais de regulação, onde a Central de Regulação Médica é responsável pelas chamadas e ocorrências. Esta Central de Regulação alicerça-se no conhecimento dos recursos disponíveis, numa triagem e classificação de necessidade, numa tomada de decisão para racionalizar os recursos existentes e, atendendo de forma diferenciada e individualizada a cada chamada, de acordo com a necessidade, respeitando o princípio da equidade do SUS <sup>(1)</sup>.

Em 2008, nos meses de janeiro, fevereiro e março apenas no período diurno – que corresponde a 70% dos casos – houve 52.582 atendimentos no estado de Santa Catarina sendo que destes, 25.907 correspondem a natureza clínica, 2.283 gineco/obstétrica, 901 psiquiátricos, 6.500 traumas, 2.443 transferências, e 14.548 de orientação médica. Além destes atendimentos ainda há registros dos trotes telefônicos recebidos, sendo que no ano de 2007 houve 169.250 e no período de janeiro a março de 2008 um total de 33.478 <sup>(5)</sup>.

Analisando os atendimentos da Grande Florianópolis, onde nos três primeiros meses do ano de 2008 ocorreram 11.390 atendimentos distribuídos de forma similar aos índices catarinenses, os números que chamam atenção se referem à grande quantidade de atendimentos de orientação médica (5.319) fornecidos pela Central de Regulação. Dentre as fontes de solicitação para orientação médica encontram-se os Centros de Saúde <sup>(5)</sup>. Os profissionais do SAMU relatam que há uma grande incidência de chamados feitos pelos profissionais da atenção básica, muitas vezes solicitando ações que não são da competência deste serviço como, por exemplo, transporte de paciente fora da situação de urgência ou ainda sem a correta avaliação pela equipe de saúde do local.

Compreende-se que se faz necessário a todos os níveis de atenção à saúde o conhecimento na área de urgência e emergência. A capacitação e educação continuada das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção são citadas como componentes

fundamentais na Portaria GM nº 1.863 de 29 de setembro de 2003 em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde <sup>(3)</sup>. No que tange aos recursos humanos, não há um currículo mínimo, regulamentado pelo Ministério da Educação – MEC – para a formação de profissionais para este fim, desde o nível mais elementar ao de nível superior <sup>(6)</sup>.

Frente ao exposto e aliando a pouca experiência dos autores em Atendimento Pré-Hospitalar e Atendimento Móvel de Urgência durante a graduação, decidiu-se realizar este estudo que tem como questão norteadora: Qual a experiência dos profissionais que atuam na atenção básica de municípios da Grande Florianópolis em situação de urgência e emergência em saúde, atendimento pré-hospitalar e SAMU?

Para atender a esse questionamento traçou-se como objetivo: **identificar e avaliar qual a experiência dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica dos CS da Grande Florianópolis em urgência e emergência em saúde, atendimento pré-hospitalar e SAMU.** Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam subsidiar um programa de capacitação para os profissionais dos CS sobre avaliação e atendimento aos usuários em situações de urgência e emergência, ou até mesmo reativar o Núcleo de Estudo de Urgências (NEU) do SAMU, contribuindo para a diminuição dos chamados desnecessários.

## **2. Metodologia**

A pesquisa se caracteriza como descritiva com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em quatro Centros de Saúde localizados em duas cidades na região da Grande Florianópolis, Santa Catarina. Foram selecionados CS que possuem um número maior de Equipes de Saúde da Família, pois permite a inclusão de todas as categorias de profissionais que compõem a equipe (médico, enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem e dentista).

Estabeleceu-se como critérios de inclusão dos participantes: ser profissional de saúde; atuar nos Centros de Saúde selecionados, independente de função ou tempo de atuação; e aceitar participar do estudo. A população do estudo constituiu-se de 12 enfermeiros, 10 médicos, 13 técnicos/auxiliares de enfermagem e 2 dentistas. Destes, 7 homens e 30 mulheres com idade entre 21 e 49 anos.

O tempo médio de formação dos médicos é de 6 anos, dos enfermeiros 7 anos, dos dentistas e técnicos/auxiliares de enfermagem 4 anos. Entre os entrevistados, 18 profissionais referiram ser pós-graduados, sendo que um deles em atendimento pré-hospitalar e os demais relacionado à Saúde Pública. O tempo médio de atuação em atenção básica é de 4 anos entre os médicos; enfermeiros 5 anos; técnicos/auxiliares de enfermagem 4 anos e dentistas 3 anos.

Com relação a ter outro vínculo empregatício, 8 profissionais afirmaram possuir segundo emprego, todos em ambiente hospitalar – não foi citada em que área. Apenas 2 profissionais médicos afirmaram ter trabalhado no SAMU em um outro município, durante, em média, 1 ano. Dentre os participantes, 8 – compreendendo médicos e enfermeiros – afirmaram ter realizado curso de atendimento pré-hospitalar.

As informações foram coletadas nos meses de agosto e setembro de 2008 e utilizou-se um instrumento contendo dados de identificação dos participantes e questões relacionadas ao SAMU, como: se já solicitou o serviço enquanto profissional da atenção básica; motivos da solicitação; como foi o atendimento; se sente necessidade de ter conhecimento na área; e como foi abordado o tema atendimento pré-hospitalar na graduação ou curso técnico.

Dos 51 instrumentos entregues, 37 foram devolvidos. Os dados foram organizados e analisados de acordo com o método de Análise de Conteúdo e seguiram os seguintes passos: 1) leitura de todos os depoimentos; 2) elaboração das categorias, extraídas das questões levantadas; 3) agrupamento das respostas correspondentes as categorias; 4) apreensão das expressões-chave de cada agrupamento de depoimentos; 5) no último momento, realização da análise e interpretação dos depoimentos relacionados às categorias à luz dos fundamentos teóricos. Apesar de a pesquisa ter envolvido profissionais de saúde de categorias distintas (médico, enfermeiro, dentista e técnico/auxiliar de enfermagem), houve pouca distinção nas respostas, permitindo uma análise geral.

Para o embasamento necessário a uma avaliação das informações coletadas, foram utilizadas as bases de dados LILACS, MEDLINE e Google acadêmico com os seguintes descritores: enfermagem, atendimento pré-hospitalar, emergência e urgência, além de artigos em periódicos científicos, dissertações, sites de referência e livros.

A coleta de dados foi realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Parecer 196/08), bem como pelas Secretarias de Saúde dos municípios selecionados. Todos os participantes foram esclarecidos a respeito da pesquisa antes de iniciá-la e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi-lhes garantido o sigilo das identidades em toda a pesquisa e publicação correspondente. Dessa forma, os participantes foram identificados pelas iniciais das categorias profissionais a que pertencem – Médico (M), Enfermeiro (E), Auxiliar/ Técnico (T) e Dentista (D) – seguido pelo número correspondente à ordem de participação.

### **3. Resultados**

Com base nas perguntas feitas aos participantes, surgiram cinco categorias: conhecimento de situação de urgência e emergência; solicitação do atendimento do SAMU; situações que justificam chamar o SAMU; curso de aperfeiçoamento em atendimento pré-hospitalar e atendimento pré-hospitalar na formação.

### ***3.1 Categoria I – Conhecimento de Situação de Urgência e Emergência***

Exemplos a respeito dessa categoria são observados nas falas dos entrevistados, quando questionados o que entendiam sobre situação de urgência e emergência.

Situação de Urgência:

*“São as situações que não precisam de atendimento imediato. Podem esperar um pouco”. (T11)*

*“Situação em que o paciente necessita atendimento, porém não há risco a vida”. (D01)*

*“Situação de agravo a saúde que por sua gravidade requer atendimento imediato, porém sem risco iminente de morte”. (E05)*

*“Urgência é aquela situação onde o paciente corre risco de lesão importante em algum sistema, devendo o médico evitá-la”. (M02)*

*“Aquela situação que o paciente necessita de atendimento imediato, pois sua vida está em jogo”. (E03)*

Situação de Emergência:

*“São as situações que precisam de atendimento na hora”. (T11)*

*“Quando envolve risco de vida”. (D01)*

*“Situação de agravo a saúde que por sua gravidade requer atendimento imediato, com risco de morte”. (E05)*

*“Emergência é aquela situação onde já ocorreu lesão de sistemas e deve ser tentado minimizar o dano”. (M02)*

*“Aquela situação que o paciente necessita do atendimento, mas não corre risco de vida”. (E03)*

Observa-se pelas falas que situação de urgência é entendida como aquela em que não há risco de morte, e situação de emergência é aquela em que há risco de morte. Esses conceitos são relacionados, na maioria das vezes, a um atendimento imediato ou não. Vale ressaltar que, em alguns relatos surge a relação urgência com risco de morte e emergência sem risco de morte, porém em menor frequência.

Outras definições também apareceram relacionando a situação de urgência com sinais e sintomas que a caracterizam, assim como com o tempo máximo em que o indivíduo poderia esperar para ser atendido, exemplificado nas expressões abaixo:

*“Paciente com pressão alta, criança com febre alta, hipoglicemia”. (T12)*

*“Pacientes devem ser atendidos nas próximas 24 horas”. (M05)*

*“Parto, acidente, afogamento, parada cardíaca, insuficiência respiratória”. (T12)*

*“Situações em que não está envolvido o risco de morte, mas que devem ser avaliados dentro de 24 horas”. (E09)*

Segundo o dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, emergência significa “ato ou efeito de emergir”, algo que inexistia e passa a existir; já urgência é a “necessidade que requer solução imediata”<sup>(7)</sup>.

Facilmente se observa duas correntes ao analisar-se essa categoria, uma citada nos documentos científicos e outra de cunho legal/governamental.

Relacionada ao campo científico:

[...] define-se urgência como uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de morte, cujo portador necessita de assistência imediata; e emergência como a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato<sup>(8)</sup>.

Já no cunho legal, ao analisar as portarias nº: 2.657/04, 2.420/04, 1.828/04, 1.864/03, 1.863/03 e 2.072/03 e a 2.048/02, sobre a temática de urgência e emergência nota-se a ausência da definição desses termos.

O anexo da Portaria 2.657/04<sup>(9)</sup> expõe que o médico regulador definirá o tipo de atendimento baseado numa estimativa inicial do grau da urgência e se estiver em situação de urgência deverá ser priorizado pela Central de Regulação de Urgências.

A portaria 1.864/03<sup>(10)</sup>, que implantou o SAMU, define seu foco de atuação na urgência e que é no atendimento desses que está o atrelamento financeiro da União.

Os Núcleos de Educação em Urgências, apesar de terem como um dos objetivos “promover a capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para o adequado atendimento às urgências e emergências, em todos os níveis de atenção do sistema”<sup>(10)</sup>, estão totalmente orientados apenas para as urgências.

E finalmente a portaria 2.048/02, que no seu anexo aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. De acordo com este documento, tem-se que urgência são agravos que se não atendidos precocemente podem levar ao sofrimento, seqüelas ou morte. Nas unidades de pronto-socorro é sabido que são atendidos pacientes em situação de urgência e emergência. Pode-se deduzir então, que esta portaria usa emergência como sinônimo de urgência, ao retratar os casos que são atendidos por essas unidades<sup>(11)</sup>.

Ao ler as portarias 2.420/04<sup>(12)</sup>, que constituiu o Grupo Técnico com foco sobre mortes súbitas; a 1.828/04<sup>(13)</sup> que versa sobre o incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência; a 1.863/03<sup>(3)</sup> instituiu a Política Nacional de

Atenção às Urgências e inclusive a 2.072/03 <sup>(14)</sup> sobre o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências, constata-se que nenhuma delas traz qualquer informação que possa ser usada para definir urgência ou emergência ou fazer deduções sobre os termos.

Pode-se inferir que, notando essa falta de clareza entre os termos emergência e urgência no País, o Ministério da Saúde igualou ambos os termos:

Optamos por não mais fazer este tipo de diferenciação. Passamos a utilizar apenas o termo urgência, para todos os casos que necessitem de cuidados agudos, tratando de definir o grau de urgência, afim de classificá-las em níveis, tomando como marco ético de avaliação o imperativo da necessidade humana <sup>(15)</sup>.

Portanto, pelo foco jurídico as atividades do SAMU estão pautadas no conceito de urgência, sendo esse classificado em 4 níveis, de acordo com o Ministério da Saúde <sup>(15)</sup>:

Nível 1: Emergência ou Urgência de prioridade absoluta - Casos em que haja risco imediato de vida e/ou a existência de risco de perda funcional grave, imediato ou secundário.

Nível 2: Urgência de prioridade moderada - Compreende os casos em que há necessidade de atendimento médico, não necessariamente de imediato, mas dentro de poucas horas.

Nível 3: Urgência de prioridade baixa - Casos em que há necessidade de uma avaliação médica, mas não há risco de vida ou de perda de funções, podendo aguardar várias horas.

Nível 4: Urgência de prioridade mínima - Compreendem as situações em que o médico regulador pode proceder a conselhos por telefone, orientar sobre o uso de medicamentos, cuidados gerais e outros encaminhamentos.

Percebe-se, com raras exceções, que as respostas dos participantes têm coerência com a literatura. Nota-se, ainda, características na definição de urgência e emergência de acordo com o nível profissional: os técnicos associam essas situações à patologias, já os dentistas, enfermeiros e médicos associam a definição utilizada no meio científico.

Exceto a categoria médica, as demais representadas na pesquisa não apresentam conceitos sobre os termos em estudo. Os médicos, amparados pela resolução da própria classe nº 1.451/95, expõem em suas falas a predominância do modelo biomédico, o que se comprova pela constante citação que urgência "[...] necessita de assistência médica imediata [...]" e emergência "[...] é a constatação médica [...]" e que o tratamento é "[...] médico imediato" <sup>(16)</sup>.

A conceituação adequada dos termos é primordial para identificação adequada da situação; acionamento, quando necessário de mais recursos; prestação de atendimento de qualidade ao cliente; uniformidade na comunicação em todos os níveis de atenção; tratamento correto; reinserção na sociedade (reabilitação) e finalmente na divulgação favorável do serviço – Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão <sup>(17)</sup>.



### **3.2 Categoria II – Solicitação do Atendimento do SAMU**

Esta categoria contém a análise de três questões relacionadas ao chamado do SAMU pelos CS. Aos participantes foi perguntado se já haviam solicitado o atendimento pelo SAMU no CS, o que motivou o chamado e qual o atendimento prestado.

Entre os médicos, 5 solicitaram o atendimento do SAMU, os enfermeiros em igual número de chamados e 3 técnicos/auxiliares de enfermagem. Os motivos dos chamados recaíram sobre a ocorrência de infarto agudo do miocárdio – ou doença cardíaca – seguido de convulsão, e trabalho de parto em andamento.

Questionados quanto ao atendimento que foi realizado pelo SAMU na ocasião do chamado, os participantes responderam desconhecer o tipo de atendimento prestado, o SAMU só realizou o transporte e que somente foram realizadas orientações/informações pelo médico regulador da central de regulação através do telefone. Algumas falas retratam essa categoria:

*“Atendimento no local e transporte”. (T06)*

*“Foi realizado atendimento no local, em seguida encaminharam a paciente para o hospital”. (E03)*

*“O médico da central respondeu que o SAMU não remove paciente para o hospital, portanto sendo esta de responsabilidade da prefeitura”. (M04)*

*“Nenhum. Solicitaram contato com médico da unidade”. (E10)*

Sendo que os participantes dessa pesquisa atuam na atenção básica, convém informar que esta corresponde ao primeiro nível de atenção à população e a porta de entrada do indivíduo ao sistema:

Engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da Saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. Nesse nível da atenção à Saúde, o atendimento aos usuários deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças, para prolongamento da vida. A atenção básica é o ponto de contato preferencial dos usuários com SUS e seu primeiro contato, realizado pelas especialidades básicas da Saúde, que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas <sup>(18)</sup>.

Sabe-se que a atenção básica é um nível primário de atenção, onde não há cuidados complexos de saúde, como por exemplo, nas situações de urgência. Acredita-se que isso ocorre devido à falta de recursos materiais nos Centros de Saúde para tais atendimentos, bem como de preparo dos profissionais que ali atuam. As centrais de regulação de urgência, a partir disso, se baseiam no seguinte:

[...] nos casos em que a solicitação seja oriunda de um serviço de saúde que não possui a hierarquia técnica requerida pelo caso, mesmo que o paciente já tenha recebido um atendimento inicial, consideramos que este paciente ainda se encontra em situação de urgência e, nesse caso ele deverá ser adequadamente acolhido e

priorizado pela Central de Regulação de Urgências, como se fosse um pedido oriundo de domicílio ou via pública. Por outro lado, se esse paciente já estiver fora da situação de urgência e precisar de outros recursos para a adequada continuidade do tratamento (portas de saída), a solicitação deve ser redirecionada para outras centrais do complexo regulador, [...] de acordo com a necessidade observada <sup>(15)</sup>.

O atendimento do SAMU nos Centros de Saúde será realizado da mesma maneira que os demais atendimentos, seguindo também uma rotina:

Após a avaliação no local, caso o paciente necessite de retaguarda, o mesmo será transportado de forma segura, até aqueles serviços de saúde que possam melhor atender cada paciente naquele momento, respondendo de forma resolutive às suas necessidades e garantindo a continuidade da atenção inicialmente prestada pelo SAMU. Por sua atuação, o SAMU constitui-se num importante elo entre os diferentes níveis de atenção do Sistema <sup>(15)</sup>.

Analisando as respostas relacionadas ao atendimento do SAMU, pode-se inferir que ou os participantes não descreveram a real situação ou não a acompanharam e, portanto, não sabem dizer qual o atendimento prestado. Desta forma, pelas informações obtidas nos instrumentos, não se pode concluir que era imprescindível a presença do SAMU aos chamados. Esse dado demonstra a importância do trabalho multiprofissional, em que apenas a boa comunicação entre os setores de saúde pode propiciar a divulgação adequada dos serviços, bem como o repasse do conhecimento, favorecendo a continuidade da assistência prestada ao paciente.

### **3.3 Categoria III – Situações que justificam chamar o SAMU**

Os participantes, ao serem questionados sobre que situações justificam solicitar o SAMU, responderam:

*“Acidentes de trânsito com traumas, convulsões, sinais de parada cardíaco-respiratória, gestante em trabalho de parto, queimaduras, afogamentos, etc.”. (T05)*

*“Os atendimentos básicos para suporte à vida que nas Unidades de Saúde Básicas não tem”. (E01)*

*“Situações em que o paciente necessita de um atendimento imediato (PA alterada com sintomas, hipoglicemia ou hiperglicemia) e não há um profissional capacitado naquele momento para realizar o atendimento”. (E03)*

*“Para atendimento dos casos de emergência para os quais a unidade de saúde não está preparada por falta de pessoal treinado ou equipamentos e para o transporte desses casos à unidade de emergência”. (M09)*

Observa-se que as respostas recaíram sobre: acidentes, transporte de pacientes, parada cardíaco-respiratória, afogamentos, queimaduras, parto em andamento, infarto agudo do miocárdio, convulsão, acidente vascular cerebral, crise hipertensiva, edema agudo de pulmão,

traumatismo crânio-encefálico, hipo/hiperglicemia, processo alérgico agudo, hemorragia, choque, dor aguda, intoxicações e perda de consciência.

O SAMU tem como responsabilidade o atendimento de toda a população dentro de sua área de abrangência (enfermos, feridos ou parturientes em situações de urgência e emergência), o transporte destes com segurança e o acompanhamento de profissionais da saúde até o nível hospitalar do sistema. Além disso, intermedia, através da central de regulação médica das urgências, as transferências inter-hospitalares de pacientes graves, promovendo a ativação das equipes apropriadas e a transferência do paciente.

Após o acolhimento e identificação dos chamados, as solicitações são julgadas pelo médico regulador que classifica o nível de urgência de cada uma e define qual o recurso necessário ao seu adequado atendimento, o que pode envolver desde um simples conselho médico até o envio de uma Unidade de Suporte Avançado de Vida ao local ou, inclusive, o acionamento de outros meios de apoio, se julgar necessário<sup>(15)</sup>.

Ratificando que para o Ministério da Saúde não há diferenciação entre os termos urgência e emergência, também não há a possibilidade de diferenciar as situações de atendimento, “assim tanto um acidente quanto uma virose respiratória, uma dor de dente ou uma hemorragia digestiva, podem ser consideradas emergências”<sup>(15)</sup>, portanto, motivos para o chamado do SAMU. Vale ressaltar que uma identificação adequada relacionada ao risco, seja pela correta anamnese ou pela experiência profissional, diminui a quantidade de chamados desnecessários, sendo também um passo importante para salvar vidas.

### ***3.4 Categoria IV – Curso de aperfeiçoamento em Atendimento pré-hospitalar***

Esta categoria está relacionada à necessidade ou não, referida pelos participantes, de um conhecimento mais aprimorado sobre urgência e emergência, e também como e em que momento deveria ocorrer o aperfeiçoamento. Os entrevistados relataram sentir necessidade de um curso de aperfeiçoamento ministrado por profissionais qualificados, sendo que alguns mencionaram que estes profissionais deveriam ser do SAMU ou do Corpo de Bombeiros. Há também relatos de não sentir necessidade de aperfeiçoamento relacionado ao atendimento pré-hospitalar.

*“O treinamento deveria ser feito antes de iniciar o trabalho na área por profissionais qualificados, com teoria e prática”. (T09)*

*“Através de alguma capacitação de preferência com os profissionais do SAMU”. (E03)*

*“Curso ministrado na própria unidade de saúde para toda a equipe. Uma cartilha com orientações poderia servir como material auxiliar no dia a dia”. (D02)*

*“Acho indispensável que todos sejam treinados, pois o paciente que se encontra em situação de urgência ou emergência, procure o serviço mais próximo para o atendimento, logo teríamos que estar preparados para fazer o primeiro atendimento em qualquer situação. Curso de urgência e emergência para atualizações seriam interessantes”. (M07)*

*“Nesse momento não, mas acho que regularmente as unidades de saúde e seus profissionais deveriam receber um treinamento em abordagem inicial à emergência”. (M09)*

A necessidade de um conhecimento mais aprimorado em urgência e emergência emerge das necessidades apontadas pelos participantes desta pesquisa, ressaltando que estes fazem parte de um corpo de saúde de Atendimento pré-hospitalar Fixo – atendimento prestado por um conjunto de unidades básicas de saúde, unidades do Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências e pelos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel <sup>(19)</sup>. Juntando-se o interesse com a necessidade, apóia-se na Portaria 198/GM/MS <sup>(20)</sup>, que apresenta a educação permanente como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Em relação à maneira em que esta educação pode ocorrer, “o conhecimento não está pré-determinado nas estruturas internas do sujeito, nem nas características do objeto, mas sim na interação que ocorre entre o sujeito e o objeto” <sup>(21)</sup>. Portanto o desenvolvimento do sujeito possui uma dimensão social, e não apenas individual, na construção do conhecimento e do pensamento. Desta forma, através da educação permanente, há espaço tanto para práticas presenciais que privilegia a oralidade e as expressões gestuais entre o educador e os alunos nas atividades em tempo síncrono, como também na modalidade à distância, onde Cogo em seu trabalho sobre “Conceitos para ensino de enfermagem em ambiente virtual” <sup>(21)</sup> aponta como uma concepção inteligente o uso do computador na educação, na qual o aluno usa ferramentas no intuito de construir o conhecimento, criando, pensando e manuseando diferentes tipos de informação. Como ambiente virtual, o Núcleo de Educação de Urgências (NEU), surge a fim de iniciar a Educação Permanente com acesso livre a qualquer profissional da saúde e produzido por estudiosos da área, porém foi desativado por falta de colaboradores, segundo o próprio serviço.

### ***3.5 Categoria V – Atendimento pré-hospitalar na formação***

Quando questionados de como foi abordado, na sua formação, o atendimento pré-hospitalar, os respondentes informaram que esta ocorreu de forma superficial – somente abordagem teórica e aulas práticas – conforme retratado nos depoimentos:

*“Apenas conhecimento básico, insuficiente para a realidade no nosso dia-a-dia”. (T07)*

*“Superficialmente, com abordagem somente teórica. Sem estágio prático”. (E08)*

*“Teoricamente o tema foi abordado, entretanto, a falta da prática torna os conhecimentos obsoletos”. (D02)*

*“Muito pouco abordado, basicamente como noções de primeiros socorros (suporte básico de vida)”. (M06)*

*“Foi abordado através de aulas de Urgência e Emergência e um treinamento com o SAMU”. (T09)*

*“Aula teórica e prática com bombeiros”. (E06)*

*“Durante disciplinas específicas, com aulas teóricas e práticas (suporte básico de vida I e II)”. (M01)*

Quando este tema é abordado, vem à tona a idéia de educação permanente, questão essa discutida e validada pelo Ministério da Saúde na intenção de viabilizar o projeto de educação que contemplasse a grande estrutura que é o Sistema Único de Saúde, na perspectiva da consolidação, bem como de sua qualificação, uma vez que esta só é possível, por meio da educação de seus recursos humanos. A UNESCO também já vem trabalhando este conceito há mais tempo e considera que o processo educativo seja dinâmico, contínuo e que além de capacitação de pessoas traga avanços sociais <sup>(22)</sup>.

No trabalho “Educação permanente no contexto da Enfermagem na Saúde”, os autores referem a importância de diferenciar Educação Continuada de Educação Permanente:

[...] na educação continuada, o trabalho é compreendido como aplicação do conhecimento teórico especializado e é possível encontrarmos elementos para avaliar que, o grande investimento na capacitação de recursos humanos, não tem se traduzido em mudanças na prestação de serviços de saúde <sup>(22)</sup>.

Já em relação à Educação Permanente em saúde, “as necessidades de conhecimento e a organização de demandas educativas são geradas no processo de trabalho apontando caminhos e fornecendo pistas ao processo de formação” <sup>(22)</sup>.

Ao comparar as duas modalidades, avalia-se que a educação continuada envolve as atividades de ensino após a graduação, enquanto a educação permanente estrutura-se a partir das necessidades do processo de trabalho e o processo crítico como intrínseco ao trabalho. Ou seja, a educação permanente tem como público alvo os vários tipos de profissional (multiprofissional), objetivando transformação das práticas de forma contínua resultando em mudanças significativas no processo de trabalho.

A importância da discussão sobre educação permanente – tema já abordado que motivou significativas mudanças curriculares nos cursos de graduação em saúde – ainda constitui tema para debates e reflexões tanto nas instâncias federais do Ministério da Saúde, como também nas secretarias estaduais, municipais de saúde e nas universidades, e deve assim envolver os vários setores de saúde como instrumento para conscientização e participação ativa dos envolvidos.

A aquisição de competências e habilidades, tal qual a educação, não se contempla com a formatura, mas deverá ser um processo permanente e contínuo também na vida profissional, permitindo que os profissionais da saúde [...], atuem de acordo com o contexto epidemiológico e com as necessidades apontadas pelos cenários de saúde, educação e trabalho, em sua área de atuação<sup>(23)</sup>.

Se por um lado há propostas governamentais para mudanças no contexto da saúde e da educação profissional em saúde tanto no âmbito da reforma curricular como na formação ideológica das instituições, como é o caso do SAMU através do NEU, de outro há o convencimento da importância destas atividades é fator essencial para a concretização da prestação de serviço de maneira eficiente e que vá ao encontro das políticas de saúde e leis do Sistema Único de Saúde.

#### **4. Considerações Finais**

Através desta pesquisa pode-se concluir que apesar dos conceitos sobre situação de urgência e emergência estarem confusos em relação às portarias que regem este tipo de serviço, há um consenso entre os participantes de que há um nível de gravidade que as diferenciam. Porém esta falta de clareza entre conceitos de nada alterou, analisando as falas dos participantes, a identificação do risco, como mostra a Categoria IV – Situações que justificam chamar o SAMU, bem como o momento de solicitar o auxílio de um serviço especializado em atendimento pré-hospitalar.

Os resultados também apontam para a necessidade de capacitação dos profissionais dos CS para o atendimento pré-hospitalar e uma melhor orientação nessa área nos cursos de formação.

Pode-se inferir pelos resultados que os chamados dos CS ao SAMU são realizados em situações em que há realmente necessidade de atendimento por esse serviço, seja por falta de um conhecimento maior dos profissionais do CS sobre suporte básico ou avançado de vida ou por falta de recursos materiais.

Acredita-se que para que haja uma experiência efetiva tanto dos profissionais de saúde da atenção básica quanto da população em geral a respeito do serviço oferecido pelo SAMU

e, principalmente para que o atendimento oferecido seja de melhor qualidade, elaboramos um esquema teórico com elos entre todos os conceitos envolvidos no serviço de atendimento pré-hospitalar, conforme a figura abaixo:

Figura 1. Cadeia de conceitos para um SAMU de melhor qualidade



Fonte: os autores

Cada elo desta corrente está diretamente ligado a experiência/conhecimento e iniciativa dos profissionais de saúde envolvidos. No primeiro (identificação adequada), tratando-se de um serviço de saúde, estes profissionais que ali atuam devem aliar o conhecimento a respeito de situações de risco a iniciativa do atendimento adequado e/ou paliativo, no mínimo prestar o Atendimento de Suporte Básico até que um Suporte Avançado de Vida chegue ao local.

Para área da saúde a interferência e o apoio financeiro, logístico e metodológico de um ministério que não seja o da educação, amplia os horizontes para a formação de seus profissionais e aponta para a maior qualificação profissional e melhoria da qualidade do atendimento em saúde <sup>(22)</sup>.

O segundo (solicitação do serviço especializado) refere-se à solicitação do SAMU ou outro serviço de atendimento pré-hospitalar após uma análise e atendimento inicial da pessoa em situação de urgência/emergência.

O terceiro (atendimento) é a etapa em que se inicia a troca de conhecimento e divulgação do serviço. O atendimento multiprofissional que envolva atenção básica e atendimento pré-hospitalar é essencial para que cada vez mais o conhecimento se dissipe. A

aquisição de competências e habilidades, não se contempla na formatura e deve ser um processo permanente, podendo ocorrer de formas variadas e principalmente através da troca de experiências <sup>(22)</sup>.

O quarto (comunicação) é o envolvimento de todos os setores, que se realizado de forma eficaz contempla o quinto elo (tratamento) e possibilita a reabilitação deste sujeito à sociedade – sexto elo.

O sétimo elo trata da divulgação do serviço por todos os componentes envolvidos nessa estrutura organizacional, ou seja, de todos os elos.

Os dados apontam a necessidade de cooperação e interação entre os Centros de Saúde e o SAMU.

As interações interindividuais possibilitam a modificação do sujeito na sua estrutura cognitiva e do grupo como um todo, não em caráter somatório, mas em uma perspectiva de formação de um sistema de interações. Neste entendimento, a construção do conhecimento ocorrerá através da cooperação <sup>(21)</sup>.

## Referências

1. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Santa Catarina. **Apostila SAMU 192/SC**. 2005, p.2-41.
2. MALVESTIO. M.A. A; SOUZA. R. M. C. **Suporte avançado à vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito**. Revista Saúde Pública. São Paulo, v.36, n.5, out. 2002, p.36.
3. BRASIL. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. Brasília. Portaria GM/MS nº 1.863 de 29/set. 2003. Publicada no DOU nº 193 seção 1, p. 56 – de 06/10/03, p. 16-19
4. MEIRA, Maíra Melissa. **Diretrizes para a educação permanente no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU)**, 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 157p.
5. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Santa Catarina. **Relatório Ano 2008 SAMU 192/SC – março**. 2008, p.23-24.
6. BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Anuário Estatístico de Saúde do Brasil 2001**. [online]. Disponível em: <<http://datasus.gov.br>>.
7. HOUAISS, A; VILLAR, M S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
8. CALIL, Ana Maria; In: Estrutura organizacional de um serviço de emergência. CALIL, Ana Maria; PARANHOS, Wana Yeda. **O enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Atheneu, 2007. cap.2, p. 15-24.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2657, de 16 de dezembro de 2004**. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das centrais SAMU-192. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 dez. 2004.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.864, de 29 de setembro de 2003**. Institui o componente pré-hospitalar móvel da política nacional de atenção às urgências, por intermédio da implantação de serviços de atendimento móvel de urgências em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU – 192. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 01 out. 2003.



11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002.** Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 nov. 2002.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.420, de 09 de novembro de 2004.** Constitui Grupo Técnico - GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nov. 2004.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.828, de 02 de setembro de 2004.** Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, set. 2004
14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.072, de 30 de outubro de 2003.** Institui o comitê gestor nacional de atenção às urgências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 out. 2003.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.126 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos), p.48-62
16. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução do CFM nº 1.451, de 10 de março de 1995.** Estabelece normas mínimas para funcionamento de estabelecimentos de saúde de Pronto-Socorro.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** – Brasília: 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-0960-5
18. BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 344 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) ISBN 85-334-0871-4
19. BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde** / Ministério da Saúde – 1. Ed., 2.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 142 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) ISBN 85-334-0762-9
20. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2004.
21. COGO, A L P. **Cooperação versus colaboração: Conceitos para ensino de enfermagem em ambiente virtual.** Revista Brasileira de Enfermagem. 2006 Set-Out; 59 (5): 680-3
22. MANCIA, JR; CABRAL, LC; KOERICH, MS. **Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem. 2004 Set-Out; 57 (5): 606-10.
23. KOERICH, M. S. **Enfermagem e patologia geral: resgate e reconstrução de conhecimento para uma prática interdisciplinar.** Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Florianópolis, SC: Programa de pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002, p.24.